



UNIWERSYTET
MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU
Wydział Lekarski
Collegium Medicum w Bydgoszczy

Dział Obsługi Rady ds. Nauki i Doktorantów
WPŁYNĘŁO
08. 08. 2024
RND/RDNH-5920-HS/24/6/24

Katedra Radiologii i Diagnostyki Obrazowej CM UMK

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz

tel.: 52 585 46 80, fax: 52 585 40 50

e-mail: kizradiol@cm.umk.pl

Prof. dr hab. Zbigniew Serafin
Kierownik Katedry Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Bydgoszcz, dnia 6. sierpnia 2024 r.

**Ocena osiągnięcia naukowego oraz dorobku naukowego, dydaktycznego i organizacyjnego
dr n. med. i n. o zdr. Piotra Kaszczewskiego
w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk
medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne wszczętym 20 marca 2024 r.**

Zgodnie z Art. 219.1. Ustawy z dnia 20. lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce stopień doktora habilitowanego nadaje się osobie, która: 1) posiada stopień doktora; 2) posiada w dorobku osiągnięcia naukowe albo artystyczne, stanowiące znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny, w tym co najmniej a) 1 monografię naukową wydaną przez wydawnictwo, które w roku opublikowania monografii w ostatecznej formie było ujęte w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. a lub b) 1 cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych opublikowanych w czasopiśmie naukowych lub w recenzowanych materiałach z konferencji międzynarodowych, które w roku opublikowania artykułu w ostatecznej formie były ujęte w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b, lub c) 1 zrealizowane oryginalne osiągnięcie projektowe, konstrukcyjne, technologiczne lub artystyczne; 3) wykazuje się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej. Dostarczona dokumentacja jest kompletna, z pojedynczymi błędami



literowymi. Niestety, w Autoreferacie Habilitant myli pewne punkty oceny dorobku i powtarza niektóre informacje. Opis Osiągnięcia, będącego podstawą wniosku habilitacyjnego, jest również nieco niedopracowany.

Dr Kaszczewski w 2015 r. uzyskał tytuł zawodowy lekarza medycyny na I Wydziale Lekarskim Warszawskiego uniwersytetu medycznego. W 2019 r. na Wydziale Lekarskim WUM uzyskał stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu na podstawie wyróżnionej rozprawy pt.: „Ultrasonograficzna ocena hemodynamiki przepływu u chorych ze zwężeniami tętnic szyjnych”. W latach 2016-2018 był rezydentem chirurgii ogólnej, następnie w latach 2018-2022 rezydentem medycyny rodzinnej, którą to specjalizację otrzymał w 2022 r. Natomiast w 2023 r. dr Kaszczewski rozpoczął specjalizację z angiologii. Poza szkoleniem specjalizacyjnym doświadczenie zawodowe Habilitanta obejmuje pracę na stanowisku asystenta, a następnie adiunkta w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej WUM oraz kierowanie Pracownią Ultrasonografii Dopplerowskiej w tejże pracowni.

I. Osiągnięcie naukowe

Podstawą niniejszego postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych jest monotematyczny zbiór publikacji pod tytułem: „Pomiary objętości przepływu w tętnicach zewnątrzczaszkowych jako nowatorskie narzędzie do oceny zwężeń tętnic szyjnych oraz przewidywania korzyści hemodynamicznych z leczenia operacyjnego”. Łączny Impact Factor cyklu wynosi 18,442, a łączna punktacja MNiSW – 560. W skład cyklu wchodzi pięć artykułów. We wszystkich Habilitant jest pierwszym autorem:

1. Kaszczewski P, Elwertowski M, Leszczyński J, Ostrowski T, Gałazka Z. Volumetric Carotid Flow Characteristics in Doppler Ultrasonography in Healthy Population Over 65 Years Old. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(5):1375. IF 4,242, 140 pkt. MNiSW.
2. Kaszczewski P, Elwertowski M, Leszczyński J, Ostrowski T, Gałazka Z. Volumetric Flow Assessment in Doppler Ultrasonography in Risk Stratification of Patients with Internal Carotid Stenosis and Occlusion. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(3):531. IF 3,9, 140 pkt. MNiSW.



3. Kaszczewski P, Elwertowski M, Leszczyński J, Ostrowski T, Kaszczewska J, Gałązka Z.
Intracranial Flow Volume Estimation in Patients with Internal Carotid Artery Occlusion.
Diagnostics. 2022; 12(3):766. IF 3,6, 70 pkt. MNiSW.
4. Kaszczewski P, Elwertowski M, Leszczyński J, Ostrowski T, Kaszczewska J, Brzeziński T, Jarosz D, Świeczkowski-Feiz S, Gałązka Z. Volumetric Flow Assessment in Extracranial Arteries in Patients with 70–99% Internal Carotid Artery Stenosis. Diagnostics. 2022; 12(9):2216. IF 3,6, 70 pkt. MNiSW.
5. Kaszczewski P, Elwertowski M, Leszczyński J, Ostrowski T, Kaszczewska J, Stępkowski K, Maciąg R, Lamparski K, Gałązka Z. Impact of Internal Carotid Stenosis Treatment on Cerebral Blood Flow Volume: A Comparative Study between Preoperative and Postoperative Values. Med Sci Monit. 2023 Dec 10;29: e941958. IF 3,1, 140 pkt. MNiSW.

Zawartymi w Autoreferacie celami naukowymi Osiągnięcia (pkt 4.2.2.) były:

- 1) ocena wpływu zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wewnętrznej na hemodynamikę przepływu dogłowego,
- 2) ocena objętości przepływu dogłowego w grupie pacjentów objawowych i bezobjawowych z istotnym hemodynamicznie zwężeniem lub niedrożnością tętnicy szyjnej wewnętrznej w odniesieniu do zdrowej populacji
- 3) zbadanie związku pomiędzy stopniem zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej a objętością przepływu dogłowego i ryzykiem wystąpienia objawów neurologicznych.

Cele te są jasno sformułowane. Jednak w pracy 5. Osiągnięcia Habilitant opisuje wyniki leczenia operacyjnego zwężenia tętnic szyjnych, co nie znajduje uzasadnienia w celach Osiągnięcia.

W punkcie 4.2.3. Autoreferatu Autor podsumowuje metodykę swoich badań. I tu mam pewne zastrzeżenia:

1. Podstawowa wątpliwość nasuwa się na podstawie lektury poszczególnych prac wchodzących w skład Osiągnięcia. Autor, jako metodą referencyjną oceny stopnia zwężenia tętnic, posługuje się "Results of Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference on the



diagnosis of Internal Carotid Artery Stenosis and DEGUM criteria" [praca 2, str. 5]. W ten sposób Habilitant kumuluje błąd pomiaru zwężenia immanentnie związany z technikami ultrasonograficznymi. Złotym standardem geometrycznej oceny stopnia zwężenia jest obecnie angiografia w tomografii komputerowej lub w badaniu rezonansu magnetycznego. Natomiast standardem czynnościowym jest ultrasonografia wewnątrznaczyniowa. Pierwsze dwie metody są ułomne pod względem funkcjonalnym, trzecia – droga i niepraktyczna. Technika zaproponowana przez Habilitanta mogłaby stać się złotym standardem, ale należałoby ją zweryfikować względem jednej z powyższych.

W przedstawionej rozprawie zabrakło mi szerszego ujęcia tematu np. we wstępnej pracy poglądowej, metaanalizie lub choćby pogłębionej dyskusji. Zamiast tego dociekania Autora zamykają się w technice świetnie przez Niego opanowanej, ale zdecydowanie nie jedynej ze stosowanych w praktyce.

2. W żadnej z prac Osiągnięcia nie podano sposobu obliczania objętości przepływu dogłowego. Habilitant ograniczył się do stwierdzenia, że ocena objętości była oparta o pomiar średnicy naczynia i ocenę krzywej przepływu, a obliczeń dokonało oprogramowanie aparatu USG. Jest kilka metod pomiaru objętości przepływu o mniejszym lub większym uproszczeniu matematycznym. Wzór na objętość przepływu powinien być podany.
3. Brak oceny błędu pomiaru. W metodologii prac naukowych to ważne zagadnienie, które pozwala ocenić wiarygodność wyników. Zatem powtarzalność wyników jednego obserwatora i dwóch obserwatorów powinna być zmierzona.
4. Jako miarę przepływu dogłowego wskazano CBF. Jest to pomylenie pojęć. *Cerebral Blood Flow* (CBF) odnosi się do przepływu krwi w mózgu na poziomie mikrokrażenia. Jest wyrażone w ml/100 g tkanki mózgowej/min. i w praktyce klinicznej jest mierzone za pomocą tomografii komputerowej, badania rezonansu magnetycznego lub pozytonowej tomografii emisyjnej. Zresztą sam Autor wspomina o tym w rozdziale 4.2.1. CBF może korelować z objętością przepływu w tętnicach domózgowych, ale nie są to pojęcia tożsame.
5. Autor założył, że *„Mózgowy przepływ krwi stanowił sumę przepływów obustronnie we wszystkich naczyniach zewnątrzczaszkowych: tętnicach szyjnych wewnętrznych (ICA),*



tętnicach szyjnych zewnętrznych (ECA) oraz tętnicach kręgowych (VA)”. U ludzi zdrowych tętnice szyjne zewnętrzne w minimalnym stopniu zaopatrują mózgowie. Oczywiście, w przypadku zaawansowanej miażdżycy ich udział w CBF może się zwiększać, ale należałoby udowodnić w jakim stopniu i przedyskutować to zagadnienie.

W pierwszej z prac wchodzących w skład Osiągnięcia (*Journal of Clinical Medicine*, 2020) przedstawiono badania oceniające objętość przepływu dogłowego w populacji zdrowych pacjentów powyżej 65 roku życia. Do badania zakwalifikowano 123 zdrowych ochotników w wieku powyżej 65 r.ż. oraz 56 zdrowych ochotników w wieku 18-65 lat. Wykazano spadek objętości przepływu dogłowego z rosnącym wiekiem badanych. Co logiczne wykazano, że ów spadek wynika z obniżenia objętości przepływu w tętnicach szyjnych wewnętrznych, a w mniejszym stopniu tętnicach szyjnych zewnętrznych. Nie odnotowano natomiast istotnego spadku przepływu w tętnicach kręgowych. Na podstawie wyników Autorzy zaproponowali normy przepływu dogłowego oraz objętości przepływu w poszczególnych tętnicach zewnątrzczaszkowych dla zdrowej populacji w wieku powyżej 65. roku życia. Rodzą się następujące wątpliwości:

- a) nie jest jasne czy praca jest oparta w części na wynikach rozprawy doktorskiej (podobieństwo grup badanych w wieku powyżej 65 r.ż.),
- b) nie obliczono liczebności próby koniecznej do ustalenia wartości referencyjnych, co sprawia, że wnioski są zbyt odważne,
- c) wartości referencyjne przepływu zostały obliczone w nietypowy sposób: jako średnia $\pm$ SD zamiast średnia $\pm$ 2 SD,
- d) materiał nie został dostatecznie przeanalizowany od strony statystycznej, np. nie zbadano istotności różnic pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi i nie podano przedziału ufności wyników.

Moim zdaniem nie należało włączać tej pracy do Osiągnięcia, a jedynie powołać się na nią jako punkt wyjścia do badań. W ten sposób Habilitant uniknąłby wątpliwości natury formalnej (p. Wniosek końcowy).



Druga praca Zbioru (*Journal of Clinical Medicine* 2022) jest rozwinięciem powyższej koncepcji. Grupa badana jest opisana w Autoreferacie inaczej niż w pracy źródłowej: w Autoreferacie Autor pominął grupę 123 zdrowych ochotników. Ponownie jest podejrzenie, że grupa kontrolna tego badania pochodzi z rozprawy doktorskiej Habilitanta. W zasadzie, włączenie tej grupy do materiału wydaje się mieć wyłącznie wartość „marketingową”, podnosząc liczebność badanych w streszczeniu pracy do 308. Zamiast tego wystarczyło odnieść się do wyników poprzedniego artykułu. Nie jest dla mnie jasne, dlaczego w opisie metod Autor wyróżnia zwężenie powyżej 80% [str. 6, w. 1-4], skoro później nie używa tego progu w analizach. Wnioski z pracy są interesujące i ważne w sensie praktycznym. Wykazano bowiem, zjawisko kompensacji zwężenia lub niedrożności tętnic szyjnych dzięki zwiększeniu przepływu dogłowego krwi oraz dowiedziono, iż niższa zdolność do kompensacji wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia objawów neurologicznych. Oczywiście, zjawisko kompensacji zostało już wcześniej udowodnione w piśmiennictwie innymi metodami diagnostycznymi, ale jego ocena przy użyciu USG wydaje się użyteczna praktycznie.

Trzecia praca Cyklu (*Diagnostics* 2022a) miała według Autora na celu dokładniejsze zbadanie zjawiska kompensacji przepływu krwi, to jest wzorców i dróg kompensacji, w grupie chorych z niedrożnością tętnicy szyjnej wewnętrznej. Materiał stanowiło jedynie 46 chorych, a dodatkowo populację podzielono na grupy wiekowe o liczebności 22, 15, 2 i 7 pacjentów. To sprawia, że wyniki są niewiarygodne statystycznie (szczęśliwie dwóch chorych z grupy 75-79 lat zostało wyłączonych z części analizy). Wykazano, że najważniejszą rolę w kompensacji objętościowej przepływu pełni przeciwległa tętnica szyjna wewnętrzna, ale wyraźny wzrost przepływu wykazano również w tętnicach szyjnych zewnętrznych i kręgowych. Należy jednak pamiętać, że wartości referencyjne przepływu domózgowego stanowiły ponownie wyniki ze skromnej liczbowo populacji pracy 1. W artykule 3 zaprezentowano obficie nieistotne statystycznie wyniki (Fig. 5-8). Ponownie zabrakło dogłębnej analizy zebranego materiału: nie zbadano na przykład innych czynników, poza wiekiem, mogących wpływać na kompensację. Pozytywnym aspektem pracy jest omówienie roli tętnic szyjnych zewnętrznych w krążeniu mózgowym. Konkluzje wynikające z pracy 3. nie zostały ujęte w Autoreferacie, co było słusznym posunięciem. Opublikowane konkluzje stanowią bowiem, że kompensacja przepływu objętościowego może odgrywać ważną rolę w stratyfikacji ryzyka neurologicznego u pacjentów z niedrożnością tętnicy szyjnej, co w żaden sposób nie zostało udowodnione w wynikach analizy. Kolejny wniosek jest jeszcze odważniejszy: kompensacja



przepływu objętościowego może być czynnikiem wpływającym na przeżywalność (oryg. *survival*) pacjentów (pomyłono tu przeżywalność z długością życia).

Kolejna praca zaliczona do Osiągnięcia (*Diagnostics 2022b*) miała z kolei na celu zbadanie zjawiska kompensacji przepływu krwi, to jest wzorców i dróg kompensacji, w grupie chorych z istotnym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej. Wyniki oparto na ocenie przepływu w grupie 53 chorych ze zwężeniem t. szyjnej wewnętrznej o 70-99%, która to grupa była już analizowana w artykule nr 2. Ponownie, okazuje się, że po podziale na grupy wiekowe liczba badanych jest skromna i nie zapewnia wiarygodności analizy statystycznej. Ponownie również, wartości referencyjne przepływu domózgowego oparto o niewielką liczbowo pracę 1. Wnioski z badań są sformułowane ostrożnie i są odpowiednie. W przypadku istotnego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej ponownie kompensacja przepływu domózgowego okazała się zależeć od wszystkich dużych tętnic szyi, w tym tętnic szyjnych zewnętrznych.

Ostatnia, piąta praca, włączona do Osiągnięcia (*Medical Science Monitor 2023*), została przez Habilitanta uznana za najważniejszą z cyklu. Materiał stanowiła grupa 58 chorych poddanych endarterektomii z powodu istotnego (powyżej 70%) zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej. Pacjentów podzielono na trzy grupy: 19 chorych „bez kompensacji” zwężenia, 25 chorych z „umiarkowaną kompensacją” i 14 chorych z „istotną kompensacją”. Wyniki mają stanowić praktyczne uzasadnienie całego konceptu oceny objętości przepływu domózgowego i podziału chorych w zależności od możliwości kompensacji istotnego zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej. Według Autora po endarterektomii następuje zmiana w hemodynamice przepływu dogłowego. Wielkość pooperacyjnego wzrostu domózgowego przepływu krwi jest ściśle skorelowana z jego wartościami przedoperacyjnymi i przedoperacyjnym statusem kompensacji. Zdaniem Autora na podstawie pomiarów przepływu przed zabiegiem można przewidzieć jego pooperacyjny wzrost, a więc przewidzieć hemodynamiczną korzyść z leczenia operacyjnego. Ponownie należy zaznaczyć, że liczebność grup badanych nie pozwala na racjonalne wnioskowanie statystyczne a sama analiza statystyczna jest powierzchowna. Założenie bowiem, że jedynie wyjściowa wartość przepływu dogłowego determinuje wartość pooperacyjną wydaje się zbytnim uproszczeniem. Błędem Autora było również przywiązanie się do „wartości referencyjnych” z pracy 1. Zamiast tego powinien on odpowiedzieć na trudniejsze pytania wynikające z analizy (Tabela 2): dlaczego niezależnie od wyjściowej kompensacji zabieg nie zmienił przepływu po stronie przeciwnej do zwężenia?, dlaczego



zarówno w grupie "bez kompensacji" i w grupie „z umiarkowaną kompensacją” jedyną zmianą było zwiększenie przepływu w udrożnionej tętnicy?

Podsumowując, Osiągnięcie Habilitacyjne dr. Piotra Kaszczewskiego jest zbiorem pięciu prac retrospektywnych poświęconych analizie przepływu objętościowego krwi w tętnicach przedczaszkowych. Pozostaje pytanie, czy Osiągnięcie stanowi „znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny”. Moim zdaniem: nie. Metoda analizy przepływu jest obiecująca, choć nie wiadomo czy możliwa do wykonania na innym niż użyty przez Autora ultrasonografie. W kolejnych pracach Habilitant analizuje podobny lub ten sam materiał (w części pochodzący z rozprawy doktorskiej) za pomocą jednej metody obrazowej. Błąd popełniony w pracy nr 1 pod postacią niskiej liczby uczestników badania, który mieli przedstawiać wartości referencyjne rzutuje na kolejne wyniki. W kolejnych pracach powtarza się niska liczebność grup badanych i uboga analiza danych, a niektóre wnioski są mocno na wyrost. Uważam, że prace włączone do osiągnięcia mogą stanowić przyczynek do zaprojektowania dobrego badania prospektywnego o odpowiedniej (obliczonej) liczebności grupy badanej, z uwzględnieniem innych niż tylko wiek i objętość przepływu zmiennych wyjściowych, z analizą krótko- i długoterminowych klinicznych punktów końcowych obserwacji lub leczenia.

II. Sumaryczny dorobek naukowy

Zgodnie z dostarczoną dokumentacją dr Piotr Kaszczewski przed uzyskaniem stopnia doktora opublikował 3 prace oryginalne i 2 opisy przypadków. Na tym etapie łączna punktacja jego dorobku wyniosła 3,485 IF i 72 pkt. MNiSW. Po uzyskaniu stopnia doktora Habilitant opublikował 11 prac oryginalnych, 3 opisy przypadków, 1 pracę poglądową i 9 rozdziałów książkowych. Po doktoracie łączna punktacja jego dorobku wynosi 35,069 IF i 1330 pkt. MNiSW, zatem liczbowo powiększenie dorobku jest znaczne. Należy zaznaczyć, że dwie z prac zakwalifikowanych jako oryginalne (*Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques 2021* oraz *American Journal of Case Reports 2022*) i praca poglądowa (*American Journal of Case Reports 2020b*) są w istocie opisami przypadków. Tematyka prac oryginalnych, poza cyklem artykułów stanowiących Osiągnięcie, koncentruje się na ultrasonografii układu naczyniowego i ultrasonografii endokrynologicznej. Dorobek uzupełnia 25 doniesień zjazdowych. Na dzień sporządzania recenzji indeks Hirscha wyniósł 6 wg WoS (51 cytowania bez autocytowań) i 4 wg Scopus (48 cytowań). Sumaryczny dorobek wyniósł 38,554 IF i



1402 pkt. MNiSW. Liczbowo dorobek jest odpowiedni dla ubiegania się o stopień doktora habilitowanego. Jednak po pominięciu prac wchodzących w skład Osiągnięcia okazuje się, że dr Kaszczewski w żadnej publikacji oryginalnej (poza Osiągnięciem) nie był pierwszy autorem.

III. WSPÓŁPRACA Z INSTYTUCJAMI NAUKOWYMI

Dr Kaszczewski wykazał w Autoreferacie współpracę naukową z dwiema polskimi instytucjami (Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie i Politechnika Warszawska) oraz jedną firmą komercyjną (Warsaw Genomics), które to relacje zostały udokumentowane pojedynczymi publikacjami. Pozostałe przykłady deklarowanej współpracy nie przyniosły publikacji. Na marginesie, osobiście nie przedstawiałbym komercyjnych badań klinicznych jako współpracy naukowej.

Habilitant nie wykazał udokumentowanej współpracy z naukowymi ośrodkami zagranicznymi ani kierowania grantami finansowanymi ze źródeł zewnętrznych.

Dr Kaszczewski jest członkiem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, w którym w latach 2022-2023 pełnił funkcję Skarbnika i Członka Zarządu. Jest też członkiem Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, w którym działa jako Instruktor ultrasonografii dopplerowskiej w Akademii Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej oraz członkiem Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Działalność dydaktyczna Habilitanta jest imponująca. Od 2016 roku prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów polskojęzycznych i angielskojęzycznych V i VI roku Wydziału Lekarskiego WUM. Jest opiekunem naukowym Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Jest również wykładowcą i instruktorem ultrasonografii w Akademii Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Rostockańskiej Szkole Ultrasonografii i USG Trener.

Działalność organizacyjna dr. Kaszczewskiego obejmuje funkcje wiceprzewodniczącego komitetu organizacyjnego oraz członka komitetu naukowego XIII Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (Warszawa, 2023), członka komitetu naukowego IX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Angiologicznego



(Warszawa, 2023) oraz członka komitetu naukowego XII Kongresu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (Lublin, 2022).

Uzyskane przez dr. Kaszczewskiego nagrody za działalność naukową obejmują temat jego rozprawy doktorskiej i habilitacyjnej. Są to: Nagroda Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego za najlepszą pracę doktorską z zakresu ultrasonografii obronioną w latach 2016-2021, Charing Cross International Symposium 2022 Certificate of Merit: Trainee Clinicians, Peripheral, wyróżnienie na 2023 ESVS Annual Meeting w Belfaście oraz Nagroda Rektora WUM III stopnia za osiągnięcia naukowe (2021).

Habilitant wykazał dwa staże w ośrodkach polskich i dwa staże w ośrodkach europejskich, jednak wydaje się, że były to wyjazdy w celach zawodowych a nie naukowych i nie przyniosły one publikacji. Podobnie, w „Wykazie uczestnictwa w programach europejskich lub innych programach międzynarodowych” wymieniono pięć projektów, z których dwa (4, 5) to komercyjne badania kliniczne, które nie powinny być uwzględnione w tym punkcie. Odnośnie do programów 1-3, nie udało mi się znaleźć w Internecie roli pełnionej w nich przez dr. Kaszczewskiego. Zdecydowanie ten rozdział Autoreferatu wymagałby podania większej ilości szczegółów.

W dostarczonej dokumentacji brak danych o recenzowaniu prac magisterskich i licencjackich, recenzowaniu manuskryptów dla czasopism naukowych, uczestnictwie w zespołach redakcyjnych czasopism, kierowaniu specjalizacją lekarską.

IV. Wniosek końcowy

Dr Piotr Kaszczewski jest obiecującym młodym naukowcem, który umiejętnie korzysta z opanowanego warsztatu naukowego. Jest również uznanym europejskim ekspertem w dziedzinie ultrasonografii dopplerowskiej. Sumaryczny współczynnik wpływu jest odpowiedni. Liczba cytowań i wskaźnik Hirscha są skromne, ale wynika to z krótkiego czasu pomiędzy publikacją i złożeniem wniosku habilitacyjnego.

Moim zdaniem jednak wniosek o nadanie stopnia doktora habilitowanego dr. Kaszczewskiemu jest nieco przedwczesny. Habilitacja ma oznaczać gotowość do podjęcia samodzielnej pracy naukowej i umiejętność kierowania własnym zespołem naukowym. Rada Doskonałości Naukowej, wskazuje, iż w



postępowaniu habilitacyjnym „nie ma przeszkód formalnych, by przedmiotowej ocenie poddać rozprawę doktorską (jeżeli została ona opublikowana), czy też dorobek powstały przed nadaniem stopnia doktora” [*Postępowania dotyczące nadawania stopnia doktora habilitowanego, RDN, ostatnia aktualizacja: 20 maja 2021 r.*]. Rzeczywiście, nie ma przeszkód formalnych, ale merytorycznie nie zgadzam się z tym stanowiskiem. Rozprawa habilitacyjna dr. Kaszczewskiego jest bezpośrednim rozwinięciem doktoratu, a pierwsza praca wchodząca w skład Osiągnięcia jest wprost z niego zaczerpnięta. Ponadto, metodologia prac nie jest optymalna a opis Osiągnięcia sprawia wrażenie nie do końca przemyślanego. Moim zdaniem Osiągnięcie ma potencjał, ale w obecnej formie nie stanowi znacznego wkładu w rozwój dyscypliny naukowej.

W mojej opinii dorobek Habilitanta nie spełnia również przytoczonego na wstępie trzeciego warunku nadania stopnia doktora habilitowanego, to jest „*istotnej aktywności naukowej albo artystycznej realizowanej w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej*”. Brakuje samodzielnie inicjowanego dorobku naukowego poza Osiągnięciem, poszerzenia metodologii badawczej, doświadczenia pracy w ośrodkach zagranicznych, doświadczenia w recenzowaniu, kierowania badaniami finansowanymi ze źródeł zewnętrznych.

Podsumowując, nie rekomenduję Radzie Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego nadania dr. Piotrowi Kaszczewskiemu stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.